

THESE

POUR LE

472

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d' Etat)

PAR

RAYNAL, MICHEL, CHARLES

né le 15 Juillet 1931 à LIMOGES (Haute Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le

1959

DE CERTAINES
OPACITÉS THORACIQUES
D'ORIGINE PARIETALE

TRAVAIL DE L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

Président : Monsieur le Professeur H. REDON

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d' Etat)

PAR

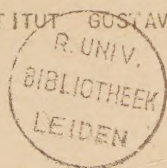
RAYNAL, MICHEL, CHARLES

né le 15 Juillet 1931 à LIMOGES (Haute Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le

DE CERTAINES
OPACITÉS THORACIQUES
D'ORIGINE PARIETALE

TRAVAIL DE L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY



Président : Monsieur le Professeur H. REDON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0006

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROcq (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (P.),
 CHABROL (E.), CHAMFY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.),
 GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.),
 LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.),
 MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.),
 RICHEL (C.), STRCHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.).

DOYEN

Léon BINET
 Membre de l'Institut

ASSESEUR

Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

Anatomie

Anatomie (Chaire à titre personnel)

Anatomie pathologique

Anesthésiologie

Bactériologie

Biochimie médicale

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux
 Sports

Biologie Médicale

Cancérologie médicale et sociale

Clinique Carcinologique (Inst. G. ROUSSY)

Clinique Cardiologique (BROUSSAIS)

BEAUJON

Cliniques Chirurgicales

COCHIN

Saint-ANTOINE

Hôtel-Dieu

SALPETRIERE

Clinique de Chirurgie infantile et orthopédique
 (Enfants Malades)

Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice
 (COCHIN)

Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire (BROUSSAIS)

Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (LAENNEC)

Clinique Endocrinologique (PITIE)

Clinique génétique médicale (Enfants Malades)

MM. CORDIER (G.)

DELMAS (A.)

DELARUE (J.)

BAUMANN (J.)

FASQUELLE (R.)

JAYLE (M.F.)

CHAILLEY-BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BERNARD (J.)

REDON (H.)

MOUQUIN (M.)

SICARD (A.)

QUENU (J.)

GOSSET (J.)

MENEGAUX (G.)

MOULONGUET (P.)

FEVRE (M.)

MERLE d'AUBIGNE (R.)

GAUDART d'ALLAINES (F. de)

MATHEY (J.)

DECOURT (J.)

LAMY (M.)

Clinique gynécologique (BROCA)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-LOUIS)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude BERNARD)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-ANNE)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (NECKER)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (BROUSSAIS)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (SALPETRIERE)	ALAJOUANINE (T.)
BROUSSAIS	GENNES (L.de)
COCHIN	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cliniques médicales HOTEL-DIEU	BARIETY (M.)
LARIBOISIERE	SOULIE (P.)
PITIE	LE... (G.)
SAINT-ANTOINE	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologique (BICHAT)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale prophylactique	PASTEUR VALLERY RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (HOTEL DIEU)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (PITIE)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
BAUDELLOCQUE	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales PORT ROYAL	N ...
TARNIERE	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (HOTEL DIEU)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (LARIBOISIERE)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (LAENNEC)	BERNARD (E.)
Clinique de psychiatrie infantile (SALPETRIERE)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-VINCENT-de-PAUL)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (COCHIN)	COSTE (P.)
Clinique stomatologique (PITIE)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (VAUGIRARD)	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-ANTOINE)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (COCHIN)	FEX (B.)
Electrophysiologie médicale (Chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	N ...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

Hygiène et clinique de la première enfance (TROUSSEAU)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N ...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES et MAITRES
de CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	MM. CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	Melle P. GAUTHIER-VILLARS (Pr.s.ch.) BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H
Bactériologie	NEVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) DESGREZ (P.) Pr. s. ch. POLONOVSKI (J.) M. Conf. SCHAPIRA (G.) M. Conf. BOURLIERE M. Conf.
Biochimie médicale	
Biologie médicale	

Carcinologie

Dermato-Syphiligraphie

Electro-Radiologie

Embryologie

Hématologie

Histologie

Hydrologie

Hygiène

Maladies infectieuses

Médecine légale

Médecine du travail

Neuro-Chirurgie

Neurologie

Obstétrique

Ophtalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-laryngologie

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

DENOIX (P.)

MATHE (G.)

DUPERRAT (B.)

LEDOUX-LEBARD (G.)

TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

BILSKI-PASQUET (G.)

DAUSSET (J.)

COUJARD (R.) Pr. s. ch.

MAROIS (M.)

RACADOT (J.)

CORNET (A.)

BOYER (J.) Pr. s. ch.

CORRE-HURST (Mme L.)

BASTIN (R.)

DUPONT (V.)

DEROBERT (L.) Pr. s. ch.

HADENGUE (A.)

FOURNIER (E.)

GUENIOT (M.)

ALBAHARY (C.)

DAVID (M.)

LHERMITTE (F.)

GRANJON (A.)

HERVET (E.)

LE LORIER (G.)

MORIN (P.)

MUSSET (R.)

ROBEY (M.)

THOYER-ROZAT (J.)

BREGEAT (P.)

SARAUX (H.)

JUDET (R.)

RAMADIER (J.)

DEBAIN (J.)

BRUMPT (L.C.)

Pr. s. ch.

CHABAUD (A.)

BARCAT (J.)

BINET (J.P.)

CAUCHOIX (J.)

CHOTELIN (C.L.)

DUBOST (Ch.)

DUBOST (Cl.)

FAUREL (J.)

FLABEAU (F.)

GERMAIN (A.)

LAURENCE (G.)

Agr. per.

Pathologie chirurgicale

LORTAT-JACOB

LOYGUE

MERCADIER

PERROTIN

ROBERT (H.)

THOMERET

SCHNEIDER (J.)

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale

CROSNIER (J.)

HARTMANN (L.)

LOEPER (J.)

MAURICE (J.)

PLAS (F.)

RICHEL (G.)

Pathologie médicale

AUSSANNAIRE (M.)

BOUR (H.)

BOUVIER (J.)

BOUVRAIN (Y.)

BRICAIRE (H.)

BRISSAUD (H.)

BROCARD (H.)

BUGE (A.)

CASTAIGNE (P.) M.conf.

CATINAT (J.)

CONTAMIN (F.)

COURY (C.)

FREZAL (J.)

HOUSSET (E.)

LAROCHE (Cl.)

MACREZ (C.)

NICK (J.)

PEQUIGNOT (H.) M.conf.

ROYER (P.)

WOLFROMM (R.)

Pédiatrie-Puériculture

JOSEPH (R.)

MANDE (R.)

MUZZICONACCI (P.)

PLONOVSKI (C.)

ROSSIER (A.)

Pharmacologie

LEVY (Melle J.)

Pr. s. ch.

BOISSIER (J.)

LECHAT (P.)

PARROT (J.)

Pr. s. ch.

DEJOURS (P.)

Physiologie

Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	M. Conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.)
	CHAPUT (Mme) m. g. agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Clinique Chirurgicale	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-	SEZE (S.de)
	AMELINE (A.)	rhumatologique	GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)	Clinique obstétr.	LEPAGE (F.)
	LEGER (L.)		MAYER (M.)
	OLIVIER (C.)		MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalm.	DESVIGNES (G.)
	ROUX (M.)		OFFRET (G.)
	VERNE (J.M.)	Clinique O.R.L.	MADURO (R.)
Clinique médicale	HAGUENEAU (J.)		LAPLANE (R.)
	Pr. s. ch.	Clinique pédiatrie	
	BOUDIN (G.)	et puériculture	
	CONTE (M.)	Clinique psychiat.	BARUK (H.)
	DOMART (A.)	Clinique urologique	KUSS (R.)
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURTAF (J.)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.)	Pr.s.ch.	Path. Chir.	RUDLER (J.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.)	Pr.à t.pers.		Pr.s.ch.

Secrétaire Général de la Faculté : M. LENA (J.)

Secrétaires : Mme BEURLAND (H.), Melle CHAINTREUIL (G.) Melle HURE (A.)

Conservateur chargé de la direction de la Bibliothèque : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)

Bibliothécaires : Mme CONTET (J.), Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

le Docteur Albert R A Y N A L
Electro-Radiologiste

A ma Mère,

A ma Femme,

A ma Soeur,

le Docteur Janine P R A D E L,
Assistante en Radiologie des Hôpitaux
de PARIS

A mon Beau-frère,

le Docteur Jean P R A D E L,
Electro - Radiologiste ,

A ma Famille,

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur Henri R E D O N,
Professeur de Clinique Carcinologique,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chirurgien des Hôpitaux de PARIS,
Chirurgien-Chef de l'Institut Gustave ROUSSY,

Qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé D E N O I X,
Professeur Agrégé de Clinique Carcinologique,
Chirurgien des Hôpitaux de PARIS,
Directeur de l'Institut Gust.ROUSSY

Qui, en nous accueillant dans sa "maison",
nous a donné les moyens d'apprendre la
Cancérologie

Hommage de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean F A U V E T,

Médecin Chef des Services de Médecine de
l'Institut Gustave ROUSSY,

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse,

Nous voulons lui exprimer toute notre
reconnaissance pour la bienveil-
lance qu'il nous a toujours té -
moignée. Qu'il veuille trouver
ici l'expression de notre admi -
ration et de notre respectueux
attachement.

A Monsieur le Docteur Jean S U R M O N T,
Electro-Radiologiste des Hôpitaux de PARIS ,
Chef des Services de Radiologie
de l'Institut Gustave ROUSSY,

Qui nous a toujours accueilli dans son
service avec bienveillance,

Qu'il veuille trouver ici le témoignage
de notre profonde gratitude.

A Messieurs les Docteurs LALANNE et GUY

Assistants de Radiothérapie de l'Institut Gustave ROUSSY,

dont l'aide et les conseils quotidiens
nous sont toujours précieux.

A Messieurs les Docteurs MARKOVICH,

PICARD,

DESPREZ-CURELY,

Assistants de Radio-diagnostic de l'Institut Gustave ROUSSY,

Qui nous ont confié les documents radio-
logiques, base de ce travail .

A Monsieur le Docteur Guy M O R I N,
Electro-Radiologiste des Hôpitaux de PARIS.

Qui nous a initié au Radio-diagnostic,

En témoignage d'un grand attachement
à l'enseignement clair et vivant
qu'il nous a donné.

À nos Maîtres dans les Hôpitaux.

I N T R O D U C T I O N

Au cours de ces dernières années, nous avons observé à plusieurs reprises des tumeurs malignes de la paroi thoracique dont l'image radiologique, en incidence frontale, simulait volontiers une localisation pulmonaire ou pleurale.

Il nous a paru intéressant de rapporter ces observations et l'enseignement que nous avons pu retirer de leur étude, d'autant que les publications relatant de tels pièges semblent rares dans la littérature.

Après avoir rapidement tracé le cadre nosologique de ce travail, nous nous proposons :

d'envisager les divers errements de diagnostic auxquels expose la projection radio-optique de la masse pariétale sur la clarté pulmonaire,

de décrire, étape par étape, le cheminement de l'enquête qui doit permettre le rattachement de cette opacité à sa véritable localisation, en insistant sur l'importance des renseignements que peut fournir l'examen radiologique standard.

Le récit de nos observations illustrera cet exposé.

DEFINITION

DE NOTRE CADRE NOSOLOGIQUE

Ce travail émane d'un centre Anti-cancéreux, au recrutement par conséquent hautement orienté vers les formations tumorales malignes. C'est la raison pour laquelle il sera question, dans les pages qui vont suivre, des SEULES Tumeurs Malignes.

Que devons-nous entendre par Paroi Thoracique ?

Les Anatomistes groupent sous le vocable "Parois Thoraciques" l'ensemble des éléments architecturaux qui délimitent la cavité thoracique.

Mais, les tumeurs qui se développent aux dépens de constituants aussi disparates, ne peuvent former une entité nosologique homogène, indispensable à toute étude valable; il va de soi que le tableau pathologique, les modalités thérapeutiques diffèrent considérablement selon la localisation mammaire, diaphragmatique ou costale d'une lésion. C'est pourquoi, avec LE BRIGAND, nous entendrons par Tumeurs de la paroi thoracique les seules tumeurs admettant comme localisation le plan costo-intercostal et son contenu, car seules ces dernières présentent une individualité certaine.

Ainsi seront seulement considérées dans cet exposé les tumeurs malignes atteignant :

- les côtes et les cartilages costaux
- le paquet vasculo-nerveux intercostal
- le tissu cellulo-graisseux de l'espace intercostal
- les muscles intercostaux.

Nous ajouterons à cette rapide énumération :

- la première portion du nerf intercostal
- la chaîne sympathique para-vertébrale et
- les rameaux communicants

car leurs formations malignes se comportent rapidement comme de vé-

ritables tumeurs de la paroi thoracique.

Quelles Tumeurs Malignes pourrons-nous rencontrer au niveau d'une paroi thoracique ainsi définie ?

Nous adopterons une classification basée sur leur morphologie histo-cytopathologique, et nous la résumerons dans le tableau suivant :

A.- Les Tumeurs réellement PRIMITIVES

- Ostéocartilagineuses :

- chondro-sarcômes,
- sarcômes ostéogéniques, dont nous individualiserons les formes :

ostéoblastiques
chondroblastiques
fibroblastiques
mixtes

- sarcômes à cellules géantes

- Fibroblastiques :

- sarcômes Fibroblastiques, osseux et extra-osseux

- Musculaires :

- Myo-sarcômes

- Adipeuses :

- Liposarcômes

- Vasculaires :

- Angio-sarcômes

- Nerveuses :

- Schwânômes ou Neurinômes, ~~malignes~~
- Neuro-blastômes

B.- Les Tumeurs HEMATOPOIETIQUES

- Myélômes plasmocytaires, dits "solitaires" ou multiples
- Reticulo-sarcômes :
- Localisations osseuses des Lymphômes Malins :
 - Lympho-sarcômes et lympho-sarcomatose de Kundrat
 - Maladie de Hodgkin
 - Leucémies...

C.- Les Tumeurs METASTATIQUES, et particulièrement

- d'un épithélioma du sein
 - du rein
 - de la thyroïde
 - de la prostate
- d'un Néphro-Blastôme
- d'un Neuro-Blastôme

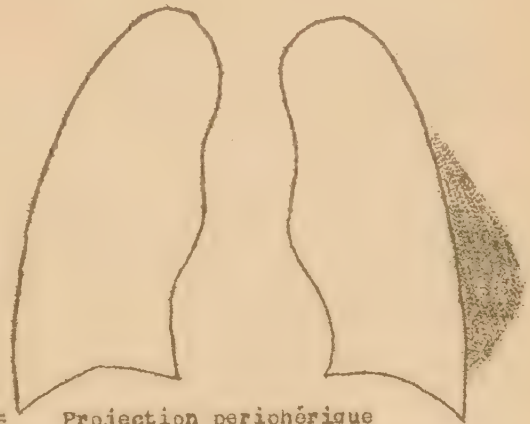
Notre intention n'est pas d'apporter des observations sur chacune de ces tumeurs, certaines étant d'ailleurs d'une éventualité très rare. Nous avons tenu cependant à esquisser le panorama des tumeurs malignes de la paroi thoracique, car TOUTES peuvent déterminer sur le cliché thoracique standard une opacité simulant une affection pleuro-pulmonaire. Il suffit pour cela que soient réalisées certaines conditions que nous allons maintenant étudier.

Les Tumeurs Malignes sont, par définition, douées d'un pouvoir d'extension locale intense. Cette propriété n'échappe pas aux tumeurs malignes de la Paroi Thoracique. Bien au contraire, la prolifération anarchique de leurs éléments cellulaires détermine, dans nombre de cas, une masse de néoformation tissulaire qui bientôt déborde son cadre d'origine, ayant le choix entre, un développement exothoracique, un développement endothoracique, et parfois présentant les deux. Rapidement l'ombre de cette prolifération néoplasique apparaîtra sur les films radiographiques, l'absorption de rayonnement de la tumeur étant sensiblement égale à celle des parties molles périthoraciques, il lui suffira de présenter l'épaisseur nécessaire à l'établissement d'un contraste.

Il s'agit, dès lors, d'une opacité généralement homogène, de taille variable, mais souvent importante; surtout ses contours sont nets, très régulièrement dessinés. Sur le cliché thoracique frontal, une telle image va se projeter selon une forme et une topographie variables, qui dépendront de sa propre localisation.

Parfois, cette masse se projette toute entière dans les parties molles périthoraciques sous la forme d'une opacité semi-ovale, à base pariétale : La localisation extrapulmonaire est alors évidente, le diagnostic facile. De tels cas ne retiendront pas notre attention.

Plus souvent, cette masse tumorale se projette tout ou partie sur le parenchyme pulmonaire, pour en diminuer d'autant la transparence, et en modifier l'aspect, simulant parfois parfaitement une affection pleuro-pulmonaire, pulmonaire ou pleurale. De tels cas posent souvent de délicats problèmes de diagnostic topographique, exposent à de grossières erreurs. Ils retiendront toute notre attention, et seront illustrés par 17 observations.



Projection périphérique

Très schématiquement, nous envisagerons quatre grands groupes d'éventualités, aux pièges radiologiques différents.

- I.- La masse tumorale se projette en plein parenchyme pulmonaire, sous la forme d'une opacité arrondie ou ovale. Sept de nos observations (1-2-4-5-7-9-13) se sont présentées sous un tel aspect. A première

lecture, rien ne permet de rattacher ces images à leur origine pariétale. La méprise est, dès lors, facile, et volontiers est avancé le diagnostic d'opacité arrondie "intra-parenchymateuse" solitaire. Ainsi, en fonction de l'âge du sujet, des antécédents, et du contexte clinique, peuvent être plus particulièrement évoqués les diagnostics de



Tumeur Pulmonaire :

Maligne, ainsi un cancer
bronchiolaire

une métastase solitaire

Liquide, ainsi un kyste hydatique

Bénigne, tel un hamartome, un kyste dermoïde

ou de condensation pulmonaire, comme en provoquent la
tuberculose,

voire n'importe laquelle des affections microbiennes
ou mycosiques.

En fait, toutes les affections pulmonaires susceptibles de se manifester sous forme d'une opacité arrondie intraparenchymateuse pourraient être ici énumérées. Nous dirons seulement, que, durant plusieurs mois,

Deux tumeurs (obs. 4 et 9), dont nous rapportons par ailleurs les cas, furent baptisées "Tuberculose pulmonaire" dont l'une "infiltrat extensif".

Une troisième en imposa pour une Métastase Pulmonaire (obs.1).

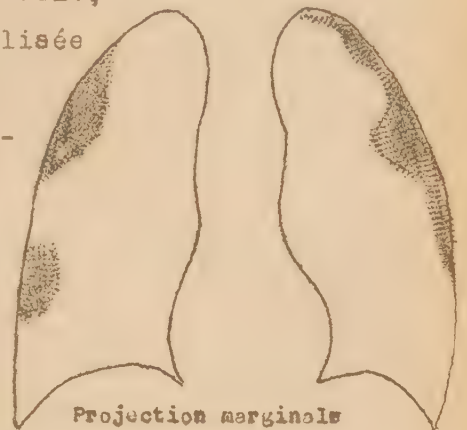
2.- La masse tumorale est Marginale, c'est-à-dire présente une surface de contact avec la paroi. Quatre de nos observations (obs.3-9-10-11) entrent dans cette catégorie.

a) Cette opacité, très régulièrement arrondie sur sa face pulmonaire (obs. 3-11), peut facilement évoquer,

- soit l'une des affections pulmonaires précitées, qui développée au voisinage de la paroi, contracterait avec elle de simples rapports de tangence. Il en fut ainsi de l'image de notre observation 11 qui, durant quelque temps, fut intitulée Métastase Pulmonaire,

- soit une affection pleurale telle,
une tumeur Pleurale localisée
une pleurésie contractée
un hématome pleuro-pariétal enkysté
un kyste hydatique pleuro-pariétal.

Il semble en avoir été ainsi de l'image de notre observation 3, qui fit pratiquer deux ponctions exploratrices, axillaire et sous claviculaire externe, toutes deux négatives.



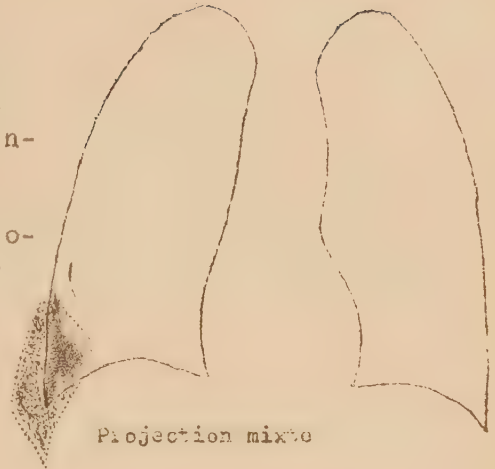
b.- Mais cette opacité peut se réduire à une simple bande en lisière, d'épaisseur variable, aux contours pulmonaires souvent festonnés, polylobés, évoquant n'importe quelle tumeur pleurale ou banale pachy-pleurite, ce qui fut notamment le cas dans deux de nos observations (9 et 10).

3.- La masse tumorale présente une projection mixte, c'est-à-dire endo et extothoracique. A deux reprises, nous avons observé cette éventualité (obs. 6-8).

L'extension de l'opacité intra-thoracique juxta-pariétale aux parties molles péri-thoraciques apporte, bien entendu, un argument de poids en faveur de son origine pariétale. Mais encore faut-il discerner un tel prolongement périphérique. Or, il passe assez facilement inaperçu, soit par négarde de notre part, soit par un cadrage trop avare du cliché thoracique, qui en exclut les parties molles, soit enfin et surtout par sa discrétion :

Il est, en effet, aisé de comprendre que la projection d'une tumeur sur des parties molles d'égale densité radio-optique contraste beaucoup moins, est donc beaucoup moins visible sur la plaque radiographique que la projection de cette même tumeur sur l'hyper-clarté pulmonaire.

Dans notre observation 8, la limite supéro-interne de la tumeur imitait assez bien l'ébauche d'une courbe de Damoiseau.



4.-Enfin, il faut savoir que, dans certains cas, les problèmes soulevés par l'aspect radiologique peuvent devenir extrêmement complexes.

Il s'agit soit de formes ayant développé une importante tumeur endothoracique déterminant par compression bronchopulmonaire extrinsèque, une condensation pulmonaire rétractile, soit de formes ayant provoqué par irritation ou envahissement pleural, un authentique épanchement, soit enfin de formes ayant engendré par contiguité ou par métastase, une authentique tumeur intra-parenchymateuse.

L'image de la lésion pariétale est alors souvent noyée dans ces opacités surajoutées, intriquées, pouvant envahir la quasi-totalité d'un hémithorax. Dès lors, il est bien difficile de l'identifier (obs. 18), et encore plus difficile de déterminer la véritable origine du processus malin (obs. 15-16-17), problème sur lequel nous reviendrons.

Ainsi nombre d'images d'authentiques tumeurs de la paroi thoracique peuvent être, pour un temps, confondues avec des lésions pulmonaires ou pleurales, parfois associées, mais le plus souvent imaginaires, et cela, car devant toute radiographie révélant une diminution de la transparence parenchymateuse l'habitude que détermine la fréquence et le polymorphisme des affections pleuro-pulmonaires, cristallise d'emblée l'attention du lecteur sur l'endothorax, siège des maladies familiales.

Nous envisagerons, maintenant, la conduite à tenir devant toute opacité thoracique afin d'éviter pareils errements de diagnostique, responsables de la perte d'un temps précieux.

ENQUÊTE CLINIQUE

La clinique est indispensable à toute interprétation radiologique valable. Face à notre problème radiologique de diagnostic topographique, envisageons les informations qu'elle peut nous apporter.

Dans certains cas, cette discipline attire facilement l'attention sur la paroi thoracique, permettant la reconsidération immédiate d'un diagnostic radiologique trop rapide.

Il en est ainsi des formes à développement exothoracique, qui déterminent rapidement une tumeur extériorisée. Souvent connue du malade qui nous en avertit parfois le premier, cette masse soulève fortement le revêtement cutané, adhère profondément au grill costal. Sa taille peut atteindre, comme dans l'une de nos observations (obs. 8), celle d'une tête fœtale.

Il en est de même des formes infiltrantes, qui par compression ou destruction des rameaux nerveux intercostaux, provoquent de violentes douleurs névralgiques, thoraciques, voire thoraco-scapulaires, continues, paroxystiques, remarquables par leur tenacité (obs. 7-10-15-16).

Déjà plus délicates, car réclamant un examen plus soigneux qu'il faut savoir ne pas négliger, sont les formes où seule l'inspection à jour frisant révèle une discrète voussure localisée (obs. 1), où seule la palpation soignée permet de découvrir une petite tuméfaction profondément enfoncée, voire un simple empâtement souvent douloureux d'un ou plusieurs espaces intercostaux (obs. 9). Quoiqu'il en soit, de telles constatations plaident fortement en faveur de la localisation pariétale, et le diagnostic est en règle facile lorsqu'on examine personnellement le malade.

Par contre, il est certains cas où la clinique n'apporte que des signes banaux, ou fort peu évocateurs. Il en est ainsi de certaines formes débutantes, se manifestant par de vagues douleurs thoraciques isolées, à type de pesanteur, ou de point de côté, (obs. 3), telles qu'on peut les rencontrer dans n'importe laquelle des affections pleurales, et dans n'importe laquelle des affections pulmonaires périphériques, irritant la plèvre par voisinage ou l'envahissant. Il est dès lors bien difficile d'avancer cliniquement un diag-

nostic de localisation.

Enfin, d'authentiques tumeurs de la paroi thoracique peuvent prendre le masque clinique d'affections pleuro-pulmonaires et ajouter à leur aspect radiologique trompeur un tableau clinique également trompeur. Ceci est plus particulièrement le cas des formes à développement endo-thoracique; on conçoit toute la difficulté de leur diagnostic.

Leur symptomatologie peut emprunter à la symptomatologie pleuro-pulmonaire,

- des signes fonctionnels,

- une toux d'irritation pleurale, provoquée par les mouvements, légère ou quinteuse, sèche ou ramenant une expectoration muqueuse (obs. 7),
- une gêne respiratoire douloureuse, parfois véritable dyspnée d'effort (obs. 7)

- des signes physiques,

- une submatité, une diminution du murmure vésiculaire, localisées à l'aire de projection tumorale; de tels signes furent notés dans plusieurs de nos observations.

- des signes généraux,

- un degré plus ou moins important d'asthénie, d'anorexie, d'amaigrissement, signes fréquemment rencontrés dans nos observations et pouvant évoquer, selon l'âge et les antécédents, un cancer ou une tuberculose pulmonaire.
- une fièvre irrégulière, modérée ou élevée, plus particulièrement le propre de certains reticulo-sarcomes (obs. 5).

Encore plus trompeuses sont certaines formes de tumeurs pariétales que nous nous proposons maintenant d'étudier.

Les formes péri-apicales, qui réalisent un véritable syndrome de Pancoast-Tobias (obs. 10 et 15). Nullement l'apanage du cancer de l'apex pulmonaire, ce syndrome peut facilement lui être attribué.

Les formes développant une importante masse endothoracique, qui peut réaliser un syndrome de compression broncho-pulmonaire, parfois même médiastinal.

L'un de nos malades (obs. 7), présenta une dyspnée continue avec légère cyanose des téguments.

Un autre, adressé avec le diagnostic de formation broncho-pulmonaire massive (obs. 18) présentait un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë, probablement déterminé par une masse pariétale qui fondit miraculeusement sous l'action des radiations.

LEDRU et COLIN rapportent un cas cliniquement analogue. Il s'agissait d'un sarcome fibroblastique dont l'énorme masse intrathoracique avait collabé sans l'envahir le poumon sous-jacent, et entraîné un important déplacement du médiastin. Il est intéressant de noter qu'à l'inspection, seule existait une discrète voussure sous-claviculaire.

Enfin, les formes déterminant d'authentiques épanchements pleuraux dont la symptomatologie est évidemment celle de toute pleurésie banale.

Dernière éventualité possible, notre opacité thoracique peut ne s'accompagner d'aucun signe clinique. Il s'agit d'une simple découverte d'examen radiologique systématique, éventualité chaque année plus fréquente du fait de la généralisation de cette méthode d'examen. Deux de nos tumeurs (obs. 1 et 9) furent ainsi dépistées; l'une atteignait la taille d'un abricot et était totalement latente cliniquement.

En conclusions à ce chapitre, nous pouvons dire que la symptomatologie clinique des tumeurs malignes de la paroi thoracique est souvent très évocatrice, mais non toujours. Dans certains cas même, elle peut, en simulant le tableau d'une quelconque affection pulmonaire, contribuer à égarer davantage le diagnostic. Parfois enfin, elle peut être inexistante.

Ainsi dans nombre de cas, il faudra poursuivre plus avant les investigations et s'orienter à nouveau vers les examens para-cliniques.

L'ENQUETE PARA CLINIQUE

Nous signalerons parmi les investigations dont la négativité est utile au diagnostic, les réactions tuberculiniques. Leur négativité persistante chez l'enfant, leur négativation chez l'adulte, doivent permettre d'éliminer, à priori, l'éventualité d'une tuberculose pulmonaire. Il ne faudrait plus, en dépit de plusieurs intra-dermo réactions négatives, voir étiqueter, sans autre information, et durant plusieurs mois, "infiltration extensive" ou authentique reticulo-sarcome costal. Ce fut pourtant le cas dans notre observation 4.

Nous parlerons également de deux autres examens para-cliniques, dont les résultats devront toujours être interprétés avec prudence.

La ponction pleurale exploratrice à la recherche d'une collection liquide. D'authentiques tumeurs de la paroi thoracique peuvent, bien qu'exceptionnellement, engendrer un épanchement pleural hémorragique ou non. Or, cette découverte ne doit pour autant permettre de conclure à la seule présence de liquide. Dans ces cas d'ailleurs, l'aiguille s'est le plus souvent heurtée à une résistance dure, parfois ligneuse, qui doit attirer l'attention de l'opérateur, car elle atteste de l'existence d'une néoformation tissulaire sous-jacente.

La bronchoscopie pratiquée pour l'étude d'une affection pulmonaire. Pour la grande majorité des tumeurs malignes pariétales, en l'absence de tout envahissement secondaire, elle s'avère normale. De même l'aspiration biopsique (obs. 1). Toutefois, nous savons que toute tumeur pariétale présentant un important développement intra-thoracique peut entraîner, par compression extrinsèque, des modifications dans la situation et l'aspect de certaines bronches; et là encore, il faut bien se garder d'éliminer une localisation pariétale.

Mais nous insisterons bien davantage sur l'examen radiologique. En effet, lorsqu'il est bien conduit, ses renseignements doivent, dans la grande majorité des cas, fournir à notre intrigue son dénouement.

Jusqu'à présent, nous avons seulement pris en considération la radiographie pulmonaire de face, en somme la radiographie la plus communément pratiquée. Sur elle repose, nous le savons, le problème qui motive ce travail.

Mais cette incidence fait apparaître, ne l'oublions pas, en un seul plan l'addition optique des différentes structures contenues dans l'ensemble du volume thoracique; elle nous renseigne donc sur la présence d'une lésion thoracique et sur sa localisation BIDIMENSIONNELLE; mais elle est totalement impuissante à nous révéler sa localisation TRIDIMENSIONNELLE, c'est-à-dire spatiale, pourtant la seule valable.

Aussi, est-il indispensable d'examiner le malade sous d'autres incidences que procurent :

la radioscopie

les radiographies prises en incidence de profil

tangentielles

obliques.

L'examen radioscopique s'avère très utile pour apprécier la localisation spatiale d'une lésion thoracique.

Il éliminera franchement l'opacité pulmonaire qui, au cours de la rotation du malade autour de son axe vertical, se dégage nettement du grill costal, tout en demeurant strictement endo-thoracique.

Il affirmera la localisation pariétale de l'opacité qui, sous une certaine incidence, présente un net débord extra-thoracique.

Il soupçonnera fortement cette même localisation pariétale, devant une opacité qui, sous aucune incidence, ne peut se dissocier totalement du grill costal, mais fait corps avec lui sur une large surface.

Ce mode d'investigation permet plus accessoirement la recherche de certains autres signes qui, bien qu'inconstants et non pathognomoniques, plaident en faveur d'une localisation pariétale, tels :

- le synchronisme des mouvements des côtes et de l'opacité, au cours de la respiration forcée et de la toux,
- l'existence d'une zone douloureuse pariétale spontanée ou provoquée, localisée en regard de l'opacité.

Mais surtout l'examen sous écran est indispensable, car seul il permet de définir avec précision les incidences obliques et

tangentielles, sous lesquelles seront pris, dans les cas difficiles, les clichés dont l'étude précisera mieux les rapports pariéto-lésionnels.

Ainsi, pour revêtir toute sa valeur, le temps radioscopique doit être souvent prolongé. Paradoxalement la tendance actuelle est d'écourter chaque jour davantage sa durée, car chaque jour davantage les généticiens insistent sur les risques que font courir au malade comme au médecin de tels examens. Et comme toute restriction bien conçue et bien dosée est chose difficile, il arrive forcément un jour où ce mode d'investigation est volontairement négligé.

Fort heureusement, dès aujourd'hui, l'amplificateur de brillance, et dans un proche avenir l'écran électro-fluorescent, permettront de diminuer jusqu'à la rendre infime la dose absorbée par le corps humain, tout en augmentant considérablement le pouvoir séparateur de l'oeil. Ainsi pourront être pratiqués sans danger des examens d'une qualité supérieure. Dans ces conditions, le temps radioscopique ne sera plus chronométré, voire plus ou moins volontairement négligé.

Mais l'examen radioscopique, pour aussi important qu'il soit, sera, dans tous les cas, complété par la prise de clichés radiographiques qui offrent de meilleures possibilités d'analyse approfondie, et constituent un document durable, base de comparaisons ultérieures.

Le cliché en incidence de profil strict, présente une importance capitale, car il apporte la notion tangible de troisième coordonnée spatiale, sous la forme d'un document de valeur, examinable à sa guise. Ce film radiographique devrait irrévocablement faire partie de tout dossier de tout malade porteur d'une opacité thoracique; et pourtant, nombre de nos malades ne possédaient ce cliché à leur entrée à l'Institut.

Pourront, nous l'avons vu, lui être associés dans certains cas difficiles, des clichés pris en incidence oblique et surtout tangentielle au contour tumoral pariétal. Cette dernière incidence autorise, en effet, la meilleure étude des rapports de la paroi avec la tumeur, qui lui est toujours adhérente sur une large surface; qui se raccorde à elle par des angles toujours obtus; ces signes éliminent, au moins classiquement, une lésion pulmonaire.

En conclusion, une telle discipline de radiologie STANDARD se révèle dans un nombre de cas, suffisante au diagnostic topographique des lésions pariétales.

Cependant, elle ne peut s'appliquer aux opacités thoraciques supérieures (obs. 3-9 et 15); l'ombre projetée des articulations scapulo-humérales rendant illusoire toute lecture de cliché pris en incidence latérale, donc privant l'interprétation de cette troisième coordonnée spatiale indispensable. Il faut, dans ces cas, avoir recours à la radiographie ANALYTIQUE qui possède en elle-même une certaine valeur localisatrice. Nous réserverons cependant le plus souvent cette méthode à ces seules opacités thoraciques supérieures; dans tous les autres cas, en effet, toute étude topographique fine est considérablement gênée par l'inévitable flou tomographique, et en définitive, ce mode d'investigation ne nous a jamais apporté d'arguments supérieurs à ceux-ci fournis par l'examen radiologique standard bien conduit (obs. 1).

Mais, sans nul doute, une telle orientation de l'enquête, nous entraîne déjà fort loin, et nous n'avons pas encore envisagé d'autres examens parfois utiles au diagnostic de localisation pariétale, tels la kymographie, l'effet stéréoscopique, la radiographie après pneumothorax artificiel.

En fait, dans la grande majorité des cas, et dans toutes nos observations sauf une, la preuve irréfutable de la localisation pariétale de l'opacité était inscrite sur le simple cliché pulmonaire de face, qui contenait et le problème auquel nous nous intéressions, et sa solution. Il suffisait de savoir extraire tout l'enseignement qu'il contenait, il suffisait d'examiner attentivement le squelette avoisinant l'opacité, afin d'y découvrir des altérations morphologiques qui manquent rarement dans les tumeurs malignes de la paroi thoracique à point de départ osseux et extra-osseux.

LES ALTERATIONS COSTALES

Les altérations costales sont à la radiologie, ce qu'est à la clinique la masse pariétale extériorisée : elles affirment l'atteinte pariétale.

Le seul problème posé par elles est de ne pas les méconnaître, car elles ne frappent pas toujours l'attention du lecteur. Il en est ainsi lorsque l'atteinte osseuse

est frustrée, et se résume à de simples érosions marginales (obs. 9-10 et 13).

est masquée par l'opacité tumorale dense (obs. 8-11-14-15-18).

est très importante, au point d'avoir entraîné la disparition d'un important segment osseux (obs. 3 et 7).

Et chacun a présent à l'esprit des exemples où deux praticiens d'égale valeur font devant un même cliché deux compte-rendus différents, parce qu'ils ont vu ce cliché avec des yeux différents, dans un climat différent.

Il peut en être ainsi pour le pneumologue qui étudie un organe et pour le cancérologue qui étudie une maladie. Malgré lui, le pneumologue a souvent pris l'habitude, devant un film pulmonaire, de ne pas "voir" les côtes, reléguées au rang d'écran inopportun à la bonne exploration des organes sous-jacents, sièges des maladies familières. Par contre, le cancérologue sait, également par habitude, que le processus néoplasique atteint fréquemment le gril costal; il considérera plus volontiers le thorax et tous ses constituants.

Ces facteurs personnels jouent, nous le pensons, un rôle important dans la prise de conscience des altérations costales. C'est pourquoi, il faudrait toujours exiger de soi-même l'examen systématique de chaque côte, prise séparément, et réserver dans tout compte-rendu de clichés pulmonaires un chapitre spécial au cadre osseux.

Nous pensons également qu'il est important de revoir les clichés après un certain temps; en effet, lors d'une deuxième lecture, les détails de l'image se recomposent différemment, et certains de leurs aspects, jusqu'alors insoupçonnés, peuvent soudain se révéler à nous.

Très souvent l'atteinte costale peut être d'emblée décelée ou seulement suspectée par l'examen radioscopique.

Dans 15 de nos 16 observations comportant un dossier radiologique, cette atteinte était inscrite sur le simple cliché pulmonaire frontal. Parfaitement identifiable dans 11 cas, elle pouvait être fortement soupçonnée dans 2 cas, mais s'avérait difficilement discernable dans 3 cas.

Dans une seule observation, (obs. 8) ce cliché ne laissait transparaître aucun indice de lésion osseuse.

Quoiqu'il en soit, devant toute altération costale prouvée, probable, ou seulement possible, un cliché osseux, aux constantes physiques appropriées, sera pratiqué : cliché thoracique d'ensemble et cliché localisé sous l'incidence déroulant au mieux le segment suspect, agrandi le cas échéant.

Ces films :

confirmeront ce qui n'était que simple hypothèse
(obs. 8)

affirmeront ce qui n'était que simple suspiscien
(obs. 14)

permettront, dans tous les cas, une meilleure
étude de la morphologie osseuse pathologique qui se doit d'orienter vers le diagnostic de malignité, et parfois de variété.

Dans certaines localisations hautes, l'existence de superpositions osseuses costo-claviculaires ou costo-costales, confèrent un intérêt aux coupes tomographiques, passant par les plans osseux désirés (obs. 10). Elles seront cependant toujours interprétées avec grande prudence, connaissant la possibilité de fausses images de destruction dues aux nombreux changements d'orientation spatiale des côtes.

Enfin le logetron, en augmentant les contrastes de détail, tout en diminuant les contrastes de masse, apportera désormais son précieux concours au diagnostic précoce de localisation pariétale; il permettra d'affirmer les altérations costales frustes ou noyées dans l'opacité tumorale qui, avec les procédés radiologiques classiques, demeurent très mal visibles, ou totalement invisibles.

Les altérations costales qu'il nous a été permis d'observer dans 12 tumeurs, autonomes et métastatiques, de la paroi thoracique, vérifiées histologiquement et parfois macroscopiquement, ont été des lésions où prédominaient largement les phénomènes OSTEOLYTIQUES. Jamais nous n'avons rencontré de lésions véritablement ostéocondensantes.

- 1.- Dans 4 de ces observations, la destruction osseuse était complète, elle entraînait la disparition d'un important segment costal. Il s'agissait,
 - d'un myélome plasmocytaire (obs. 3)
quasi totalité de la deuxième côte droite
 - d'un sarcome fibroblastique (obs. 7)
arc antérieur de la 2ème côte gauche
 - d'un chondro-sarcome
arc antérieur de la 6ème côte gauche
 - d'une métastase centro-latérale d'un épithélioma
malpighien bronchique spinocellulaire (obs. 11).
- 2.- Dans 8 autres observations, la destruction osseuse était incomplète, elle s'accompagnait de déformations osseuses.

3 fois le segment costal atteint était élargi, soufflé, et éclaté par endroits. Il s'agissait,

 - d'un myélome plasmocytaire, dit "solitaire" (obs. 1)
arc postérieur de la 9ème côte droite
 - d'un myélome plasmocytaire multiple (obs. 2)
même localisation
 - d'un reticulo-sarcome (obs. 5)
arc antérieur de la 2ème côte droite.

I fois, le segment costal atteint paraissait aminci, grêle, il s'agissait,

- d'un reticulo-lympho-sarcôme (obs. 6)

3 fois, le segment costal atteint présentait une ou plusieurs érosions marginales,

de type prolifératif et invasif, aux contours imprécis dans deux cas; il s'agissait,

- d'un reticulo-granulome, (obs. 9)
arc externe de la 2ème côte gauche

- d'un "sarcôme pariétal " (obs. 10)
arc postérieur des 1 et 2èmes côtes droites

de type atrophique, par usure, toujours nettement délimité; dans un cas, il s'agissait,

- d'un neuro-blastome (obs. 13)
arc postérieur de la 9ème côte droite,

I fois on notait l'élargissement d'un espace intercostal par comparaison avec les espaces sus-jacents. Il s'agissait,

- d'un neuro-blastome (obs. 13).

3.- En outre, on pouvait parfois noter une réaction périostée, toujours discrète (obs. 6 et 7), et surtout (obs. 8) des calcifications fines, nombreuses, disséminées dans la masse parostale, permettant sur la seule radiographie d'affirmer le diagnostic de chondro-sarcôme.

Le caractère extensif et l'absence évidente de limitation de la plupart de ces lésions osseuses signalaient leur nature maligne, mais leur monomorphisme apparent n'autorisait aucune présomption histologique, exception faite pour l'observation 8. Et si de telles altérations costales, en constituant la preuve indiscutable de l'atteinte pariétale organique par un processus malin, ont l'immense avantage de permettre parfois la reconsidération d'un diagnostic erroné, elles autorisent rarement pour autant, à elles seules, le diagnostic de tumeur pariétale autonome.

Il semble, en effet, bien difficile de différencier radiologiquement les lésions costales déterminées par une tumeur pariétale autonome de celles provoquées par :

une tumeur pariétale métastatique, (obs. 11)

une tumeur pulmonaire propagée à la paroi (obs. 14)

une tumeur pariétale étendue au parenchyme pulmonaire sous-jacent.

Pourtant, ces distinctions présentent un certain intérêt sur le plan thérapeutique, et se doivent d'être précisées; ainsi un épithélioma bronchiolaire propagé à la paroi contre-indique toute chirurgie d'exérèse, et annule l'intérêt de la haute énergie; à l'inverse, certaines tumeurs autonomes de la paroi commandent l'exérèse chirurgicale.

Certes, notre enquête clinique et para-clinique apporte souvent un faisceau d'arguments en faveur de telle ou telle éventualité, mais jamais les arguments de certitude qui seuls permettent un traitement approprié autorisant quelque espoir.

C'est pourquoi, chaque fois que faire se pourra, nous devrons pratiquer un examen anatomo-pathologique de la tumeur :

Biopsie superficielle, ou

Incision exploratrice avec

Biopsie extemporanée (LE BRIGAND)

Cet examen permet de préciser le type histologique d'une tumeur pariétale autonome, mais permet également dans certains cas, de conclure à l'existence

d'un épithélioma bronchique propagé secondairement à la paroi (obs. 14)

d'une métastase osseuse d'un épithélioma connu (obs. 11) ou occulte.

Tout en sachant que parfois seule la thoracotomie, de pratique actuellement courante permettra, mieux que le Pneumothorax Explozateur,

de trancher le problème en affirmant l'intégrité ou au contraire l'envahissement du parenchyme pulmonaire sous-jacent.

Seuls les processus tumoraux très évolués peuvent échapper à pareille discipline, toute discussion diagnostique ne présentant dès lors qu'un intérêt purement didactique; ce fut notamment le cas de nos observations 15, 16 et 17 dont les radiographies révélaient l'apparente association de lésions pariétales et parenchymateuses; faute d'autre examen, somme toute inutile, il ne fut possible dans ces cas d'établir un diagnostic précis, et en particulier, de déterminer avec certitude le point de départ pariétal ou pleuro-pulmonaire du processus malin.

Enfin, nous signalerons l'examen nécropsique ultime investigation, qui parfois révélera, à notre surprise, (obs. 1) l'intégrité pulmonaire et pleurale.

A. - Tumeurs d'Origine Pariétale

Obs. 1 : Monsieur L., 47 ans n° 55 6042

En décembre 1955, un examen systématique permet la découverte d'une opacité "parenchymateuse" arrondie, de la taille d'une mandarine, de siège très postérieur, en regard de l'arc postérieur de la 9ème côte droite qui présente dans la totalité de son trajet de profondes altérations.

Le malade est alors adressé à l'Institut Gustave ROUSSY.

L'examen radiographique pulmonaire comportant des clichés de face (figure 1), de profil, et des tomographies frontales, confirme les constatations précédentes, et révèle l'existence d'une deuxième opacité située au dessus et en dedans de la précédente, et également très postérieure. Un cliché du thorax osseux (figure 2), précise l'importante ostéolyse de l'arc postérieur de la 9ème côte droite, dont la corticale est soufflée et rompue en maints endroits.

L'examen clinique n'apporte que la notion d'une fort discrète voussure pariétale postérieure droite, s'accompagnant de légères douleurs névralgiques. Et le diagnostic s'oriente vers celui de métastase pulmonaire d'origine à déterminer, avec propagation costale. Une bronchoscopie s'avère négative. Par contre, le bilan biologique permet de fortement soupçonner l'existence d'un myélome plasmocytaire, diagnostic d'ailleurs rapidement confirmé par une biopsie costale.

Une cyclo-radiothérapie est aussitôt instaurée; elle sera bientôt complétée par une chimiothérapie prolongée.

Il faudra attendre 15 mois pour découvrir une deuxième localisation, vertébrale, de ce myélome dit provisoirement "solitaire".

Le malade mourra subitement en mai 1958, et son autopsie révélera : des lésions pariétales droites évidentes, mais la parfaite intégrité du parenchyme pulmonaire droit et gauche, ainsi que du médiastin.

: Enfin, un épanchement péricardique séro-hématique associé à de curieuses lésions myocardiques sur la nature desquelles il n'a pas été encore possible de se prononcer.

Obs. N° 2 : Monsieur J....., 59 ans

n° 52 2932

L'affection a débuté en 1950, par une tumeur de l'extrémité externe de la clavicule droite, suivie successivement de localisations à l'os iliaque droit, aux vertèbres cervicales C 2 et C 5, enfin à l'omoplate gauche, toutes lésions ayant d'ailleurs remarquablement régressé sous l'effet de la radiothérapie.

En mai 1952, le malade entre à l'I.G.R., où malgré un traitement par le P 32, apparaissent bientôt deux tuméfactions thoraciques, l'une postérieure droite, précédant la deuxième, postéro-latérale gauche.

La radiographie pulmonaire de face (figure 3), révèle alors :

dans le champ pulmonaire droit, une opacité juxta-hilaire dense, arrondie, de taille d'une mandarine, qui comme dans notre précédente observation, évoque une métastase parenchymateuse; mais là encore, il existe en regard une disparition radiologique presque totale de l'arc postérieur de la neuvième côte qui présente un aspect soufflé.

dans le champ pulmonaire gauche, une plus petite opacité, juxta-pariétale, avec en regard une fracture pathologique de la neuvième côte.

On assiste conjointement à l'éclosion de multiples nodules sous-cutanés, particulièrement au niveau de l'aisselle droite, de la région inguino-crurale droite, et sus-pubienne, ainsi qu'à l'apparition d'une tuméfaction sus-claviculaire droite, à développement rapide.

Un prélèvement biopsique effectué au niveau de l'une de ces formations, permet d'affirmer le diagnostic de myélome plasmocytaire.

En association avec la chimiothérapie, une irradiation au 200 KV est entreprise sur les plus grosses formations tumorales. Malgré son action certaine, ce traitement mal supporté par le malade, doit être à plusieurs reprises interrompu, jusqu'au jour où la famille décide de reprendre avec elle Monsieur J....., qui ne tarde à mourir en avril 1953.

Obs. N° 3, Monsieur P....., 63 ans

En 1954, un accident du travail motive un examen radiographique de la colonne cervicale.

En 1957, une chute sur l'épaule droite n'entraîne la prise d'aucun cliché. Mais depuis cette date, le malade accuse des douleurs scapulo-brachiales droites.

En mai 1958, un examen systématique permet la découverte d'une opacité thoracique axillaire droite, plaquée contre le grill costal (figure 4).

Cette image qui s'accompagne d'un syndrome douloureux axillaire entraîne l'hospitalisation du malade, dont l'état général demeure excellent. Il n'existe aucune masse pariétale palpable, et parmi les examens para-cliniques pratiqués, seule est à retenir une vitesse de sédimentation accélérée (43-75).

En novembre 1958, devant l'accroissement de l'opacité thoracique, et la négativité de deux ponctions successives, conseil est demandé au Professeur BROUET qui le premier fait remarquer la disparition quasi complète de la deuxième côte droite. Des clichés osseux en incidence appropriées, (figure 5) confirment cette destruction, et révèlent l'ostéolyse de l'apophyse transverse de D 2.

Le 15 décembre 1958, une intervention exploratrice révèle l'existence d'une tumeur pariétale dont l'importance interdit l'exérèse. L'anatomo-pathologiste répond myélome plasmocytaire.

Le malade est alors adressé à l'Institut G. ROUSSY où il subit actuellement un traitement local antalgique par les Radiations, associé à une chimiothérapie.

Il est intéressant de noter que déjà sur le cliché de la colonne cervicale pratiqué en 1954, donc il y a plus de 4 ans, existait déjà un aspect lytique de la deuxième côte droite qui est irrégulièrement soufflée et amincie, aspect qui à l'époque passa inaperçu (figure 6).

Obs. N° 4, Monsieur D....., 18 ans

n° 51 5216

Antécédents : en janvier 1950, traumatisme important localisé aux premiers arcs costaux antérieurs droits,

En octobre 1950, une radiographie pulmonaire pratiquée pour asthénie montre un "aspect pommelé" de la région sous-claviculaire droite. Malgré la négativité de trois réactions tuberculini-ques successives, on porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire, sans poursuivre plus avant les investigations.

Dans les mois qui suivent, apparaît une voussure sous-claviculaire interne; on parle alors d'abcès froid costal, que l'on s'empresse de traiter par des injections de streptomycine. Il faut attendre l'échec d'une telle thérapeutique et surtout l'accroissement de la tuméfaction, pour pratiquer en janvier 1951 une biopsie qui conclura à l'existence d'un "reticulo-sarcôme costal".

En février 1951, est institué une irradiation au 200 KV dont le résultat paraît spectaculaire.

En septembre de la même année, récurrence locale d'accroissement rapide et non influencée par la reprise de la radiothérapie, bientôt abandonnée en raison de l'état de la peau. Le malade est alors adressé à l' I.G.R.

L'examen clinique révèle une paroi thoracique très infiltrée, chez ce malade qui présente de très vives douleurs thoraciques, paroxystiques, presque insupportables.

L'examen radiologique révèle une opacité diffuse de la plus grande partie de l'hémithorax droit.

Après une tentative de traitement par le P 32, associé à une téléroentgenthérapie et une chimiothérapie, ce malade quittera l'Institut et mourra peu après.

Malheureusement, nous n'avons pas pu faire reproduire les documents radiologiques de ce malade.

Obs. N° 5 Enfant P..... Raymonde, 13 ans

n° 52 3854

Mars 1952, épisode fébrile transitoire accompagné d'un point douloureux sous-claviculaire gauche, persistant.

3 Mois plus tard, à l'occasion d'une nouvelle poussée thermique, est découverte une tuméfaction pariétale; mais il faut attendre l'échec d'une thérapeutique à base de pénicilline, et de vaccin anti-staphylococcique pour voir pratiquer l'examen radiologique qui entraînera l'hospitalisation de l'enfant à l'Institut G. ROUSSY.

A son entrée, la radiographie pulmonaire de face (figure 7), révèle une opacité sous-claviculaire gauche, homogène et arrondie. Lors d'une rapide lecture, son origine pulmonaire peut être évoquée, d'autant qu'il existe une fièvre tenace, irrégulière, atteignant 39°; mais l'étude plus attentionnée du cliché doit révéler l'existence d'une lyse de la presque totalité du deuxième arc costal antérieur gauche. Ainsi est affirmé la localisation pariétale d'un processus malin, localisation d'ailleurs largement confirmée cliniquement par l'existence d'une tuméfaction sous-claviculaire gauche, du volume d'un demi-abricot.

Un traitement par les Radiations au 200 KV entraîne dès les premières séances une fonte tumorale cliniquement totale. Seuls persisteront les signes radiologiques osseux.

Une biopsie osseuse, réalisée en cours d'irradiation, s'avère, cependant, très en faveur d'un reticulo-sarcome.

Après un séjour de deux mois et demi, cette jeune malade quitte l'Institut. Durant plusieurs mois de rémission, on assistera à la recalcification progressive de la côte,

lorsqu'en juin 1953, surgiront et la récurrence locale et la généralisation de la maladie cancéreuse avec atteinte pulmonaire, rénale, abdominale, tibiale, et costale droite.

Malade décédée en août 1953.

Obs. N° 6, Mademoiselle M..... 15 ans

n° 53 237

Septembre 1952, la malade subit une première hospitalisation pour une tuméfaction axillaire droite, indolente, fluctuante, remontant à trois mois. Devant l'absence de fièvre, la négativité des réactions tuberculiniques, le diagnostic primitivement invoqué d'adénite suppurée, est écarté.

Par contre, l'examen radiologique révèle l'existence de deux masses denses, l'une axillaire plaquée contre la paroi externe du thorax, l'autre sous-claviculaire, plaquée contre la paroi postérieure du thorax, mais se projetant toutes deux sur le parenchyme pulmonaire droit.

Devant l'extension discrète de l'opacité externe aux parties molles axillaires, surtout devant l'aspect suspect de la troisième côte droite, une radiographie du thorax osseux est demandée. En révélant de profondes altérations structurales de cette dernière, dans sa partie postérieure et externe, ce cliché permet d'affirmer la localisation véritable du processus pathologique, que l'examen biopsique révèle être un reticulo-sarcôme.

Un traitement local par les Radiations 200 KV est entrepris; il sera achevé à l'Institut G. ROUSSY, où est adressé la malade en janvier 1953. A cette date, les radiographies montrent une aggravation des lésions osseuses avec participation de la quatrième côte (figure 8 et 9).

Deux mois plus tard, devant l'échec des radiations une nouvelle biopsie pratiquée permet de conclure à l'existence d'un reticulo-lympho-sarcôme, ce qui semble expliquer la rapidité d'évolution de la maladie.

Malade décédée en mai 1953.

Obs. N° 7, Madame C....., 34 ans

n° 47 2381

Au début de l'année 1955, apparition de douleurs thoraciques gauches, banales au début, mais qui prendront dans les mois qui suivent l'allure de véritables névralgies intercostales, puis thoraco-scapulaires.

Il faut attendre juin 1957, pour voir pratiquer un examen radiologique, devant le caractère maintenant constrictif de la douleur, l'apparition d'une expectoration muco-granuleuse et surtout d'une dyspnée, exagérée par l'effort. Il révèle (figure 10) l'existence d'une plage de faible opacité, sous-claviculaire externe gauche, arrondie, de la taille d'une mandarine; lors d'une première lecture une telle image associée à un tel syndrome fonctionnel aurait pu facilement faire évoquer son origine pulmonaire, si la notion clinique d'une discrète voussure de la paroi thoracique à ce niveau n'avait attiré l'attention. Une meilleure lecture du cliché montre d'ailleurs la disparition de la totalité de l'arc antérieur de la deuxième côte gauche. Un cliché osseux, centré en scopie, afin de dérouler au mieux la côte, permet d'affirmer cette ostéolyse, l'os disparaissant dans l'opacité, sous cette incidence, nettement pariétale (figure 10 bis).

Cette malade alors adressée à l'I.G.R., est confiée aux radiothérapeutes, qui délivrent une irradiation locale et générale, puis aux chirurgiens qui pratiquent l'ablation complète de la tumeur costale, dont l'histologie se révèle être un sarcome fibroblastique.

Après une amélioration passagère, nous assisterons à l'apparition d'une récurrence locale, à évolution rapide, bientôt accompagnée d'un important épanchement pleural, enfin d'un effondrement de l'état général.

La mort surviendra en mars 1958.

Obs. N° 8, Monsieur D... 62 ans

n° 51 372

En considérant la radiographie pulmonaire de ce malade à son entrée, à l'Institut G. ROUSSY, en janvier 1951, (figure 11), l'attention était d'emblée attirée par l'existence d'une opacité dense, costo-diaphragmatique gauche, comblant largement le cul de sac pleural, et dont la limite supérieure décrivait une ébauche de courbe de Damoiseau; les espaces intercostaux correspondants étaient pincés, la coupole diaphragmatique surélevée. De telles constatations n'allaient pas sans évoquer une localisation pleuro-pulmonaire. Toutefois, on devait également remarquer que cette opacité se prolongeait bien au-delà de la cage thoracique, où elle déterminait une vaste saillie dans les parties molles. Ce malade, en effet, présentait cliniquement, outre d'importantes névralgies intercostales gauches, une très grosse masse thoracique extériorisée, adhérente au grill costal et dont la découverte remontait à 1949.

Un cliché osseux (figure 11 bis), devait confirmer le diagnostic de localisation pariétale en révélant la disparition de la quasi totalité de l'arc antérieur de la sixième côte gauche, remplacé par une volumineuse masse au sein de laquelle on pouvait percevoir un essaimage de multiples zones de densité marquée, calcifications propres aux tumeurs cartilagineuses.

La biopsie affirmera quelques jours plus tard le diagnostic de myxo-chondro-sarcome.

Au terme d'un traitement par les Radiations au 200 KV, on devait noter, outre une considérable diminution du syndrome douloureux, une régression indiscutable de la masse tumorale, si bien qu'en mars 1951, ce malade travaillait à nouveau.

Après une rémission de plus de deux ans et demi, il nous faudra assister au réveil de ce processus lentement évolutif, marqué par un accroissement de la masse locale, et par l'envahissement de la quasi-totalité du poumon sous-jacent.

Ce malade mourra en mars 1956.

Obs. N° 9, Monsieur P..... 53 ans

n° 55 6082

En juin 1955, à l'occasion d'un examen systématique jusque là chaque année négatif, est découverte "une épaisse coiffe de pachypleurite apicale gauche", d'une latence clinique totale.

Un mois plus tard, un nouvel examen radiologique avec tomographies révèle, outre l'accroissement de cette coiffe apicale aux contours internes plus ou moins polycycliques et se prolongeant le long de la paroi costale sur une hauteur de plusieurs cms, la présence d'une opacité "intra-parenchymateuse", sous-claviculaire interne, dense, arrondie, aux contours nets et réguliers, très postérieure, comme plaquée contre le col de la 5ème côte. Une telle association de lésion "intra-parenchymateuse et pleurale", fait porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

Ce diagnostic sera seulement rectifié six semaines plus tard, devant l'apparition d'une érosion de la face interne de la deuxième côte qui bientôt se fracture (figure 12); malgré l'absence de tout signe clinique, une intervention exploratrice est aussitôt pratiquée, dont voici le compte-rendu : "après avoir décollé le poumon qui est adhérent, mais qui n'est pas atteint, on tombe sur des nodules plaqués contre la paroi externe du thorax".

Le malade est alors adressé à l'Institut G. ROUSSY en décembre 1957.

L'anatomo-pathologiste répond : "réticulo-granulome, et selon toute vraisemblance, maladie de Hodgkin".

L'examen clinique à cette époque met en évidence une petite adénopathie axillaire gauche, ainsi que le comblement du creux sous-claviculaire du même côté.

Une radiothérapie associée à une chimiothérapie est instaurée.

Un mois plus tard, malgré une nette amélioration radiologique, s'installe une chute rapide de l'état général, le malade rentre chez lui, où il mourra peu après.

Obs. N° 10, Monsieur B..... 40 ans

n° 51 3595

Décembre 1950 : début clinique de l'affection marqué par l'apparition de douleurs scapulaires et dorsales supérieures droites.

Janvier 1951 : une radiographie vertébrale est pratiquée, et faute de mieux, on parle de scoliose.

Mars 1951 : devant l'aggravation du syndrome douloureux, une radiographie pulmonaire est demandée. On répond pachypleurite apicale droite importante.

Mai 1951 : hospitalisation à l'hôpital FOCH, où sont découvertes, en partie grâce à l'examen tomographique, des érosions au niveau des première et deuxième côtes droites, qui associées à l'image en cimier du casque du dôme pleural, et au syndrome douloureux, font porter le diagnostic de syndrome de Pancoast-Tobias. Une thoracotomie exploratrice est aussitôt pratiquée. En révélant l'infiltration des deux premiers espaces intercostaux par une néoformation respectant poumon et plèvre sous-jacente, elle affirme l'origine costo-intercostale de la tumeur.

L'anatomo-pathologiste répond "sarcôme pariétal". Le malade est adressé à l'I.G.R., où un traitement par les Radiations au 200 KV, bientôt complété par des ingestions de P 32, n'empêchera pas l'aggravation d'un syndrome radiculaire du type C 8 - D 1.

Malade décédé en janvier 1952.

Obs. N° 11, Monsieur B..... 57 ans

n° 57 4517

Ce malade est adressé à l'Institut G. ROUSSY avec le diagnostic radio-clinique de cancer pulmonaire gauche, en septembre 1957.

Une biopsie endoscopique ne tarde d'ailleurs pas à apporter l'élément de certitude en concluant à l'existence d'un épithélioma malpighien spinocellulaire.

Mais l'examen radiologique révèle également (figure 13), outre l'opacité tumorale primitive de la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche, une deuxième opacité juxta-axillaire droite, de la taille d'un oeuf de pigeon, qui fait croire durant quelque temps à l'existence d'une métastase pulmonaire contro-latérale. Et pourtant, dès les premiers clichés, la disparition quasi-complète de l'arc externe de la quatrième côte droite, en regard, n'aurait dû laisser aucun doute, quant à l'origine pariétale d'une telle image (fig 13bis).

Une première irradiation de la lésion primitive par le Bétatron est bientôt interrompue, en raison de l'altération de l'état général, et de l'apparition d'atteintes osseuses ostéolytiques multiples, en particulier, au niveau du premier métacarpien droit qui, entièrement lysé, est remplacé par une importante opacité thénarienne, image radiologique rappelant curieusement celle de la localisation costale précitée.

Après une deuxième irradiation palliative au 200 KV le malade, en décembre 1957, rentre dans sa famille, où il ne tarde pas à mourir.

Obs. N° 13, Enfant V..... 12 mois

n° 59 146

A la mi-décembre 1958, installation rapide d'une paraplégie flasque avec réflexe de Babinski bilatéral, et d'automatisme médullaire, motivant une première hospitalisation aux Enfants Malades.

La radiographie pulmonaire de face (figure 14), révèle la présence d'une opacité cardio-phrénique droite, qui simulerait parfaitement une image parenchymateuse, si l'attention n'était attirée par un élargissement très net du neuvième espace intercostal droit et par deux discrètes érosions bien limitées du bord inférieur de la neuvième côte, en regard de l'opacité.

Le cliché de profil (figure 15), précise la localisation très postérieure de l'opacité, para-vertébrale, nettement arrondie, et contenant des calcifications.

Des radiographies de la colonne dorsale, bientôt complétées par des tomographies et un lipiodol intro-rachidien, en révélant

l'élargissement du trou de conjugaison de D 9

l'arrêt du lipiodol à ce niveau

permettent d'affirmer l'existence d'une tumeur nerveuse, de potentiel toujours malin à cet âge.

Le 31 décembre 1958, une laminectomie confirmera la présence d'un neuro-blastome, à développement en bissac, mi-intra-rachidien, mi-intra-thoracique.

L'enfant est actuellement hospitalisé à l'I.G.R. où il subit un traitement par Radiations au 200 KV sur la part intra-thoracique qui n'a pu être réséguée en raison de la voie d'abord postérieure de l'intervention.

B.- Tumeurs d'Origine Pulmonaire Propagées à la Paroi

Ons. N° 14, Monsieur K..... 72 ans

n° 58 5711

L'affection débute au cours de l'hiver 1958, par un fléchissement de l'état général, bientôt accompagné de douleurs intercostales postérieures gauches, et de toux ramenant une expectoration souvent sanglante.

Cependant, il faut attendre le mois d'octobre 1958 pour que ce malade consulte un médecin, devant le caractère maintenant aigu des douleurs thoraciques, et l'apparition d'une tuméfaction pariétale.

1 mois plus tard, au cours d'une première hospitalisation, un examen radiologique pulmonaire révèle la présence d'une tumeur intra-thoracique, de la grosseur d'une orange, postérieure gauche.

L'examen histologique de la tumeur sous-cutanée conclut à l'existence d'un épithélioma pavimenteux spinocellulaire. Le malade est alors adressé à l'Institut G. ROUSSY.

L'état général est altéré; La masse tumorale externe atteint le volume d'un poing; occupe la partie postéro-latérale gauche de la paroi thoracique, et se révèle douloureuse spontanément et à la palpation.

La radiographie pulmonaire (figure 16), atteste de la présence d'une opacité arrondie très dense, de la taille d'un pamplemousse, plaquée contre la paroi axillaire gauche, sur le cliché de face, très postérieure, mais nettement intra-parenchymateuse, sur le cliché de profil.

La prise d'un cliché du thorax osseux (figure 17), permet cependant d'affirmer l'extension de ce cancer pulmonaire périphérique,

à la quatrième côte, dont l'arc externe élargi présente une très importante raréfaction osseuse, tandis que l'arc antérieur a totalement disparu.

à la cinquième côte, dont l'arc externe est lysé sur plusieurs cms.

C.- Tumeurs d'Origine Indéterminées

Obs. 15, Monsieur R....., 61 ans

n° 55 705

Le début de l'affection est marqué en juillet 1954 par l'apparition de douleurs scapulaires et brachiales droites, bientôt traitées sans résultat par radiothérapie anti-inflammatoire.

En janvier 1955, ce malade est hospitalisé à Bicêtre d'où il est adressé à l'Institut G. ROUSSY avec le diagnostic radio-clinique de cancer pulmonaire droit, réalisant un syndrome de Pancoast-Tobias.

A son entrée, l'examen clinique révèle du côté droit, outre un comblement du creux sus-claviculaire, un syndrome d'ARAN-DUCHENE, avec Claude Bernard Horner. La radiographie pulmonaire de face (figure 19), montre un sommet droit totalement opaque, ainsi qu'une évidente ostéolyse de la partie latérale des corps de D 2, D 1 et C 7. On devine certes déjà une atteinte de la première côte, mais il faut effectuer un cliché osseux (figure 20) pour affirmer la destruction costale des deux premiers arcs postérieurs droits.

L'extension des signes neurologiques au membre supérieur gauche, puis aux membres inférieurs, où ils réalisent une paraplégie spasmodique, fera conclure à l'échec d'un traitement anti-tumoral classique au 200 KV.

La mort surviendra subitement en avril 1955. *

Obs. 16, Madame C....., 66 ans

n° 58 250

Novembre 1957, épisode bronchitique aigu accompagné de petits crachats hémoptoïques, dont semble avoir raison un simple traitement anti-infectieux. Devant la persistance d'une toux quinteuse, il faut bientôt pratiquer une radiographie pulmonaire qui révèle une lésion "parenchymateuse" avec lyse costale en regard.

Février 1958, à son entrée à l'Institut, cette malade présente outre de violentes douleurs scapulaires postérieures à large champ d'irradiation, une tuméfaction thoracique postéro-supérieure droite de la taille d'un oeuf, dont l'existence, aux dires de la malade, remonterait à cinq ans environ..., mais dont la taille aurait considérablement augmenté de volume depuis ces derniers mois. Le reste de l'examen clinique s'avère négatif.

L'examen radiologique montre une opacité sous-claviculaire droite plaquée contre la paroi postérieure, auquel elle est réunie par des angles largement ouverts (figure 21 et 22). De plus, il existe une lyse presque complète de l'arc postérieur de la cinquième côte droite; tous signes très en faveur d'une tumeur maligne PARIETALE. Enfin, deux opacités nodulaires de la base droite, franchement intra-parenchymateuse attestent déjà la présence de métastases.

Une bronchoscopie révèle une légère voussure de la face postérieure de la bronche intermédiaire qui sténose en partie l'orifice du lobe moyen, et sur laquelle on fait une biopsie d'ailleurs négative.

Bientôt l'augmentation de volume de l'opacité sous-claviculaire, la bilatéralité des métastases pulmonaires, l'aspect condensé de la sixième côte droite, font conclure à l'échec d'une chimiothérapie; et devant l'importance des douleurs on décide une irradiation palliative au 200 KV sur la lésion initiale.

Très rapidement le syndrome douloureux s'amende, ainsi que la masse palpable.

En octobre 1958, devant l'augmentation de nombre et de taille des métastases pulmonaires, et la réapparition des douleurs thoraciques, cette malade est à nouveau hospitalisée. Radiologiquement, le processus pathologique malin semble intéresser les côtes voisines dont la structure osseuse est modifiée.

Obs. N° 17, Monsieur S..... 54 ans

n° 55 4678

En janvier 1955, un examen systématique permet la découverte d'une "opacité de la partie moyenne du champ pulmonaire droit". L'échec d'une thérapeutique médicale, dont on ignore d'ailleurs les modalités, est suivi d'une irradiation au 200 KV de la zone pulmonaire suspecte.

Mais dans les mois qui suivent ce traitement, est découverte une ostéolyse parcellaire en tâches irrégulières. de l'arc postérieur de la sixième côte droite, tandis qu'apparaissent à ce même niveau des douleurs rapidement intenses.

En septembre de la même année, ce malade dont l'état général est maintenant très médiocre, est hospitalisé à l' I.G.R.; les radiographies pulmonaires montrent la persistance d'une opacité non homogène de la partie moyenne du champ pulmonaire droit, accompagnée d'une importante rétraction de l'hémithorax, ainsi que de grosses altérations structurales des arcs postérieurs des sixième et septième côtes, et de l'arc antérieur de la troisième, conférant à l'os un aspect vermoulu.

Une bronchoscopie révèle la sténose à son origine de la bronche intermédiaire par un volumineux épaississement mamelonné, dont la biopsie ne peut prouver la malignité.

Une chimiothérapie comportant ultérieurement du P 32 n'entraîne qu'une discrète amélioration des phénomènes douloureux. Le malade ne tardera pas à mourir en janvier 1956.

Bà encore, il s'agit là d'une tumeur maligne certaine dont l'origine costale ou pulmonaire n'a pu être précisée.

Obs. N° 18, Enfant G..... 3 ans ½

Le 21 novembre 1949, date de son entrée à l'Institut G. ROUSSY, ce jeune malade présentait toutes les apparences d'une affection pulmonaire. Il était d'ailleurs adressé avec le diagnostic de pleurésie, puis de néo-formation broncho-pulmonaire massive.

Une dyspnée extrêmement intense, de survenue récente, interdisait tout effort, aussi minime soit-il. Le cliché pulmonaire montrait l'existence d'une vaste opacité occupant la quasi-totalité du champ pulmonaire gauche, débordant largement sur le champ pulmonaire droit, et s'accompagnant d'une déviation considérable vers la droite de tout le médiastin.

Au travers de cette opacité, pouvait être discernée une altération lacunaire de l'arc postérieur de la huitième côte gauche.

Une ponction pleurale révélait la présence d'un épanchement hémorragique, mais discret semble-t-il.

Aussitôt était instaurée une prudente irradiation thoracique.

5 jours plus tard, la dyspnée avait disparu et l'enfant jouait à nouveau. Un cliché révélait l'importante diminution de l'opacité thoracique, et confirmait l'altération costale, avec soufflure corticale.

3 semaines plus tard, toute déviation trachéale avait disparu, et l'opacité n'occupait plus que la région sus-diaphragmatique gauche.

Au terme du traitement par les Radiations, l'image pulmonaire était redevenue absolument normale, seule persistait l'altération costale. L'état général était excellent.

En juin 1950, nouvelle série d'irradiation très localisée sur la huitième côte, qui progressivement se récalcifiera complètement.

Actuellement, plus de neuf ans après le début de cette affection, l'enfant est en parfaite santé. Son image thoracique est strictement normale.

Voici une curieuse observation; devant l'absence de preuves histologiques, nous ne pouvons apporter ici la solution du problème qu'elle pose.

C O N C L U S I O N S

Par ce travail, nous avons voulu attirer l'attention du lecteur sur les pièges d'interprétation radiologique que posent certaines tumeurs malignes de la paroi thoracique, dont la projection détermine des altérations de la transparence pulmonaire. Sans doute inhabituelles dans l'expérience de chaque praticien, de telles tumeurs sont facilement prises pour des lésions pulmonaires ou pleurales.

Nous avons tracé les grandes lignes de la conduite clinique et para-clinique qui

dans la grande majorité des cas doit permettre d'éviter pareille confusion, en insistant sur la valeur capitale des altérations costales quasi constantes, d'observation facile, preuve formelle d'atteinte Pariétale,

tout en reconnaissant qu'il est des cas difficiles où seule l'étroite collaboration du médecin, du radiologue, de l'anatomopathologiste et du chirurgien, permettra l'établissement d'un diagnostic qui se doit d'être précis et rapide, car il en va de l'efficacité d'une thérapeutique, donc du devenir immédiat d'un malade

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. SARRAILH

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE
de PARIS :

L. BINET

Le PRESIDENT de la THESE :

H. REDON

B I B L I O G R A P H I E

- AUFSES Myélôme solitaire d'une côte
J. Mount Sinai Hosp.
1948 15 N°3 p.150
- DAHLIN Tumors of bones
1957
- DELEPINE Les tumeurs primitives. costales malignes
Thèse PARIS 1953
- DEPOLGE 17 Cas de formations tumorales malignes de la
paroi thoracique
Thèse PARIS 1955
- DUHAMEL J., HERPE D. Images de sommation en radiodiagnostic
J. de Radiologie 1956 37 N°5-6 p.316
- GASSER N. et THURNHER B. Syndrome de Pancoast dans une
tumeur de la paroi thoracique
WIEN. Klin.Wsch. 1947 59 N°36
- GONZALES Myélôme à développement intra-thoracique simulant
une tumeur pleurale
Bol. Inst. de Med. exp. para de estudo y trat
di cancer 1941 18 p.557
- HARRINGTON S.W. Extra pulmonary tumors of thorax
1934 Radiology 24 p.467
- HUGUENIN R. et BRAUERMAN M. L'évolution pariétale du
Cancer primitif du Poumon; Difficultés qu'elle
entraîne avec les tumeurs de la paroi thoracique
Ass. Française pour l'étude du Cancer

- HUGUENIN R. et Simone-LINDEUX Les faux Cancers du Poumon
Acta de l'Union Internationale contre le
Cancer 1938 III N°3 p.232
- LE BRIGAND, MERLIER HOURTOULE, DEPONGE
Les tumeurs malignes de la paroi thoracique
Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. PARIS)
Mars 1956 N°3 p.151
- LEDRU et COLIN
Considérations anatomo-cliniques sur un
cas de tumeur maligne de la paroi thora-
cique avec absence complète de la 4ème côte
LYON-Médical 1953 188 N°1 p.237
- PAPIN
Volumineuse tumeur intra-thoracique d'ori-
gine costale
BORDEAUX-Chirur. 1934 67
- SORREL et OBERTHUR
Chondro-Sarcôme à développement intra -
thoracique
Bull. Mem. Soc. Nat. Chirurgie 25 Oct.1933
- SICHEL, OUDET
Diverses formes de Sarcômes endothoraciques
1954 J. Radiologie 35 N°11-12, p.913
- SANTY P. GALY P.
Tumeurs primitives localisées de la plèvre
Sem. Hôp. PARIS 1954 30 N°20 p.1233.
-

